

高血圧治療 私はこうしています

ガイドラインはさておいて とはいかないですが

反省と自戒

北海道立羽幌病院  
阿部 昌彦

2025年9月4日  
プライマリ・ケアレクチャーシリーズ

1

北海道立羽幌病院

サフォーク  
北海道 留萌振興局

オロロン島

甘エビ

人口 6,700人 高齢化率44%

2

病院の屋上より  
左から天売・焼尻島 右端に利尻島

北海道立羽幌病院総合診療専門医プログラム  
現在3名在籍

天売 焼尻 利尻

3

キタキツネ

私の住むアパートの隣 漁師さんの車庫前

「八尺」というナマコ桁曳き網の上でくつろぐ

4

### 今日の目標

高血圧症の薬物療法がイメージできる

私の処方内容傾向を若手医師のアンケートや先日  
発表の高血圧管理・治療GLを織りまぜ振り返ります



5

### 今日のおまけ

高血圧症と保険診療

無用な査定を避けましょう

6

### まずは朗報！

- 新ガイドラインで降圧目標は一つに単純化

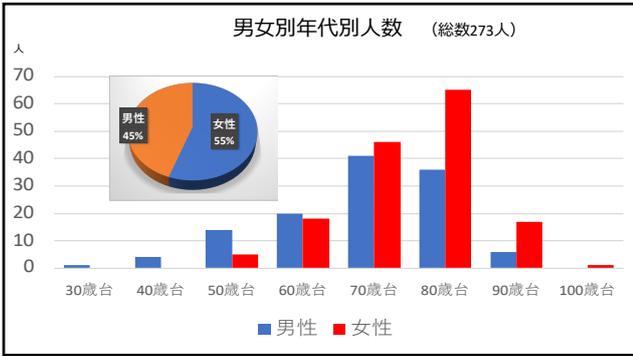
**130/80**

7

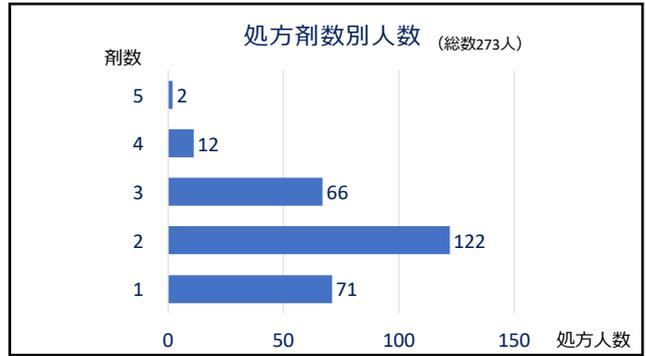
### 今回の調査対象は

- 昭和58年卒（医師歴43年目 総合内科・循環器専門医）  
僻地勤務歴の長いジェネラリストの
- へき地小病院の定期外来における外来患者273症例
- 2025年4月から6月の発行処方箋
- 透析患者を約30名含む

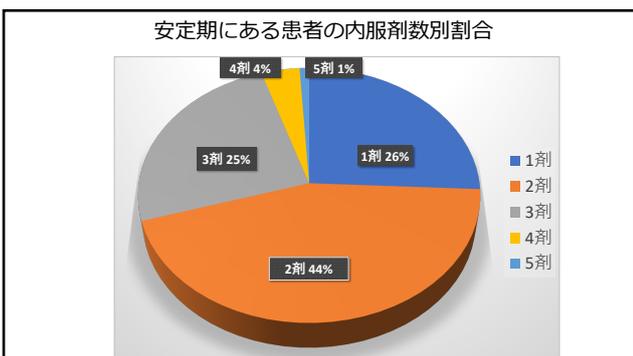
8



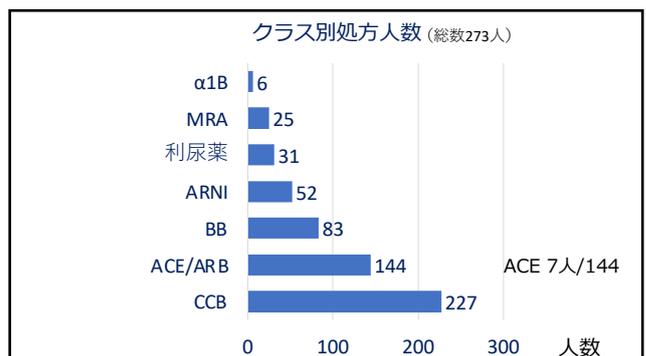
9



10



11



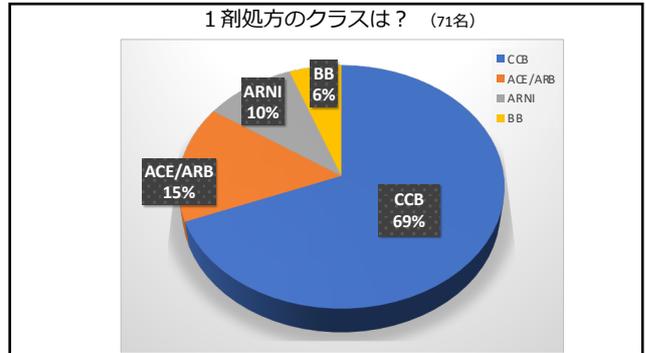
12

**研修医、専攻医、10年目前後の医師アンケート (6名)**

- ・ **最初に使う降圧薬は？** 全員がCCBまたはACE/ARB
- ・ CCBが多いが腎保護作用を期待する場合ACE/ARBか
- ・ 心腎不全の時にはACE/ARBファースト
- ・ CCB カリウム管理やCKDにも使いやすい 心不全あればACE/ARB先
- ・ 利尿薬ファーストはなし 3剤目までに入れる
- ・ CKDなければCCBファースト CKDあればACE/ARB
- ・ DM, CKD→ACE/ARB 確実に降圧して今後の治療継続につなげたい時はCCB

\* DM患者 3剤どれでもよい  
 CKD 蛋白尿がなければどれでもよい 心不全 HFrEFの場合 血圧が高過ぎるときは物理的ストレスの方を優先してCCBお勧め

13



14

**主要降圧薬の積極的適応と禁忌・注意を要する病態**

薬剤	積極的適応	禁忌	重要な注意の下で使用可能な病態
長時間作用型ジヒドロピリジン系Ca拮抗薬 <sup>*1</sup>	脳血管障害 左室肥大 狭心症		
ARB/ACE阻害薬	脳血管障害 左室肥大 心筋梗塞後 左室駆出率の低下した心不全 <sup>*1</sup> 蛋白尿/微量アルブミン尿を有するCKD	ARB/ACE阻害薬：妊娠 ACE阻害薬：血管浮腫、特殊な薬を用いるアプタレーシス/透析	腎動脈狭窄症 <sup>*5</sup> 高カリウム血症
サイアザイド系利尿薬 <sup>*2</sup>	脳血管障害 体液貯留	ナトリウム、カルシウムが明らかに減少している病態	痛風 附随能異常 妊娠
β遮断薬	狭心症 <sup>*2</sup> 心筋梗塞後 左室駆出率の低下した心不全 <sup>*1</sup> 大動脈解離 胸部大動脈瘤 <sup>*3</sup>	喘息 (β <sub>2</sub> 非選択性およびα <sub>1</sub> -β <sub>2</sub> 遮断薬) 高度徐脈 未治療褐色細胞腫/パラガングリオーマ <sup>*4</sup>	喘息 (β <sub>2</sub> 選択性) 慢性閉塞性肺疾患 (β <sub>2</sub> 選択性) 附随能異常

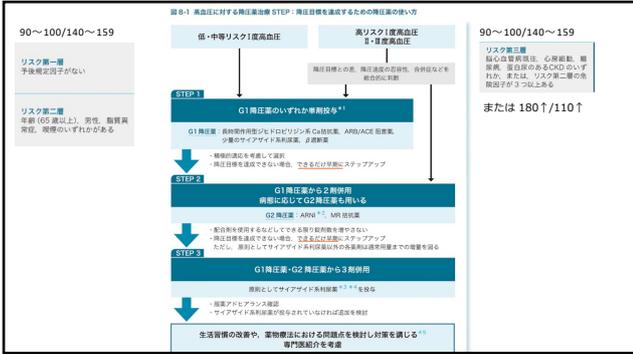
15

**主要降圧薬の併用STEPにおけるグループ分類**

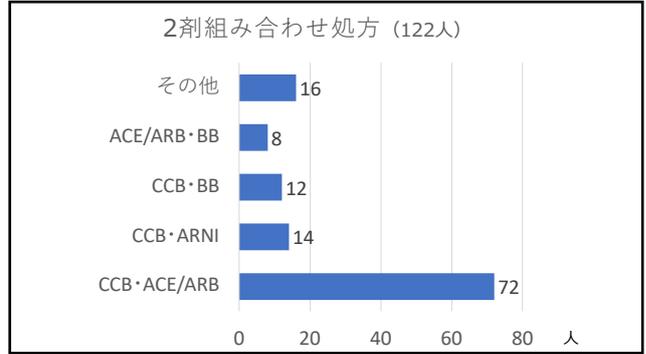
グループ	降圧薬	特徴
G1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 長時間作用型ジヒドロピリジン系Ca拮抗薬</li> <li>● RA系阻害薬 (ARB, ACE阻害薬)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 主要降圧薬</li> <li>● 降圧薬治療STEP 1から病態に応じて選択する</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 少量のサイアザイド系利尿薬<sup>*1</sup></li> <li>● β遮断薬 (ピソプロロール、カルベジロールなど)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高血圧における脳心血管イベント発症抑制についてエビデンスを有する</li> <li>● 現状、本来投与されるべき病態への使用率が低く、積極的な投与が望まれる</li> </ul>
G2	<ul style="list-style-type: none"> <li>● アンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬 (ARNI)</li> <li>● MR拮抗薬</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 降圧薬治療STEP 2, STEP 3で病態に応じて選択する</li> <li>● 高血圧における脳心血管イベント発症抑制についてエビデンスはない</li> </ul>
G3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● α遮断薬</li> <li>● ヒドラルラジン</li> <li>● 中枢性交感神経抑制薬など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 治療抵抗性高血圧や特殊な病態に用いる</li> </ul>

\*1 トリアゾラムメチアジド0.5~1mg, ヒドロクロチアジド6.25~12.5mg, イングザタニド0.5~1mg相当

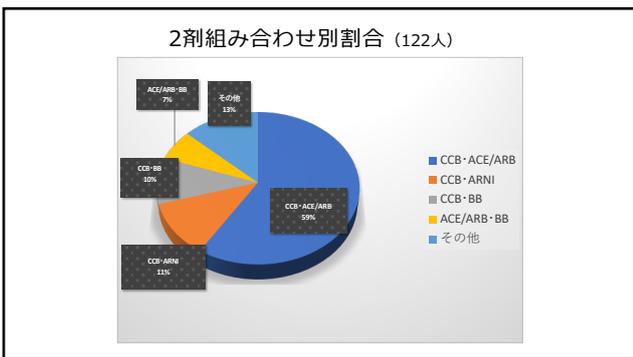
16



17



18



19

研修医、専攻医、10年目前後の医師アンケート (6名)

・3番手に使う薬剤は？

20

研修医、専攻医、10年目前後の医師アンケート (6名)

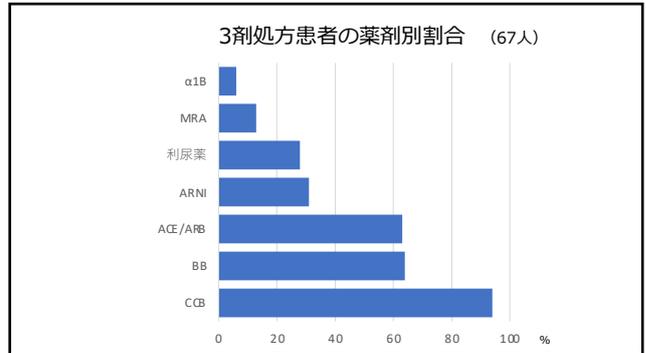
・3番手に使う薬剤は？

全員少量サイアザイドでした。

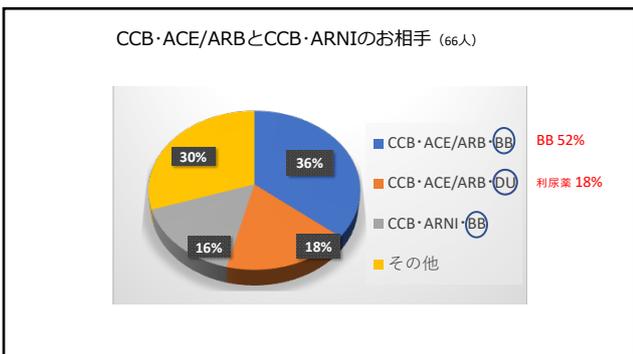
ガイドライン通りの模範解答でした

年次上の医師  
ARB → 降圧不十分 → ARNIへの変更  
で済むことが多くなっている

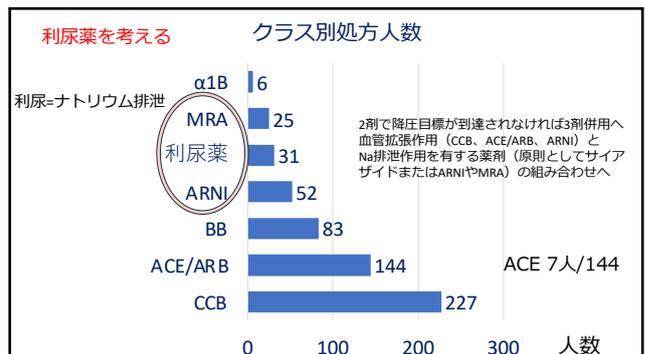
21



22



23



24

ガイドラインから **Tripple whammy**

利尿薬を考える

COLUMN  
8-3

避けるべき **triple whammy** :  
RA系阻害薬 + 利尿薬 + NSAIDs

RA系阻害薬と利尿薬は推奨される降圧薬の組合せであるが、ここにNSAIDsを併用すると3段攻撃 (triple whammy) と称される危険な併用になり、急性腎障害や腎機能低下のリスクになるとされている。高齢高血圧患者や心不全、腎機能の低下した患者では特に注意が必要である。

25





**危険な動物**

熊、鹿、アライグマ、狐

26

高血圧管理・治療GL2025 降圧薬物療法 10のまとめ (1/2) 94p

- 1. 降圧薬の脳心血管疾患抑制効果の大部分はその種類よりも降圧度に依存する
- 2. 第一選択薬は長時間作用型 CCB、ACE/ARB、少量サイアザイド、BB
- 3. 未達時は副作用に注意しつつ速やかに2剤・3剤併用へ **負のレガシーに注意**
- 4. 高リスク高血圧や重症高血圧は初めから2剤併用も考慮
- 5. 併用薬選択は忍容性を考慮しつつG1群薬を基本に組み合わせる

27

降圧薬物療法 10のまとめ (2/2)

- 6. 3剤併用 (STEP3) には原則サイアザイド利尿薬を含める
- 7. 降圧薬は1日1回投与を基本に24時間効果を重視
- 8. 数か月以内に降圧目標達成を目指しSTEPアップ、高リスクは数週間
- 9. 異なるクラスを併用すると降圧効果が増大し副作用は軽減
- 10. 配合剤で服薬アドヒアランスと血圧管理が改善する

28

配合剤処方の内訳

- 総数 97人/273人 36%
- CCB・ARB 87人
- ARB・HCZT 10人
- ※ ( ARNI 53人を入れると約55%)

29

高血圧サイドメモ 保険診療 最初からは出せない

- 配合剤
- ARNI
- ※ 重症160↑/110↑や高リスク140↑/90↑では最初から2剤併用推奨。合剤投与も認めてほしい

30

高血圧サイドメモ 保険診療 高血圧の適応症が剤形で異なる

- カルベジロール1.25mg ~基礎治療を受けている  
虚血性心疾患または拡張型心筋症に基づく慢性心不全
- ビソプロロール0.625mg 同上
- カルベジロール2.5mg 同上 + 頻脈性心房細動

31

高血圧サイドメモ 保険診療 高血圧の適応症が剤形で異なる

- プロブレス2mg 腎障害を伴う高血圧症、腎実質性高血圧症  
高血圧症の病名では4-8mg
- ビソノテープ2mg 頻脈性心房細動のみ  
高血圧症は4mgと8mg
- アロプリノール 高尿酸血症はだめ 痛風、高尿酸血症を伴う高血圧症における高尿酸血症の是正

32

高血圧サイドメモ 保険診療 同じクラス同士は併用不可  
ACEとARB併用もダメです

・例外

CCBは作用時間の違いや系統が違うと可能  
作用時間 アムロジピンとニフェジピン徐放12時間など  
系統 ジヒドロピリジン系と非ジヒドロピリジン系

非ジヒドロピリジン系	
ベンゾチアゼピン系	ジルチアゼム
フェニルアルキルアミン系	ベラパミル (降圧適応なし)

33

高血圧サイドメモ 保険診療

二次性高血圧症を疑ったときの検査時の注意

高血圧症の**確定病名**がなければ原発性アルドステロン血症  
疑いでレニン、アルドステロンは採血不可

「二次性高血圧症疑い」や「副腎機能異常」などはだめです  
**個別の疑い疾患名**を記載してください

34

高血圧トリビア

ミノキシジル 降圧薬から発毛剤 リアップ<sup>®</sup>  
(他にもプロスタグランジン点眼 まつげ濃くなる)

エブランチル 高血圧症 神経因性膀胱  
前立腺肥大症に伴う排尿障害

タムスロシン、シロドシン等に比べると降圧効果強い  
立ちくらみ注意

35

ご清聴ありがとうございました  
お疲れさまでした。

36